

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD DE ARIZONA SERVICIOS REHABILITATIVOS PARA NIÑOS		Uso Solamente por CRS Número de ID de CRS/ Número de Expediente Médico/Categoría	
SOLICITUD FINANCIERA			
Nombre del Solicitante: (Niño/a)(Apellido, Primer, Inicial)		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina	Fecha de Nacimiento:
Raza:	Estado Civil:	Número de Seguro Social de Solicitante:	
Amparo del Tribunal: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Lugar de Nacimiento:	Número de Teléfono: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Mensaje	
Dirección: (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)			Condado:
Dirección de Correspondencia: (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) (si es diferente al de arriba)			
Nombre del Padre: (Apellido, Primer, Segundo)		Seguro Social del Padre:	Fecha de Nacimiento:
Empresa donde Trabaja el Padre:		Número de Teléfono del Trabajo del Padre:	
Dirección donde Trabaja el Padre:			
Nombre de la Madre: (Apellido, Primer, Segundo)	Apellido de Soltera de la Madre	Seguro Social de la Madre	Fecha de Nacimiento:
Empresa donde Trabaja la Madre:		Número de Teléfono del Trabajo:	
Dirección donde Trabaja la Madre:			
Nombre del Tutor:		Número de Teléfono:	
Otros Miembros de la Familia (Nombre y Edad)			
1.	3.	5.	7.
2.	4.	6.	8.

ASEGURANZA DEL CUIDADO DE SALUD

¿Es cubierto el niño/a bajo el seguro médico (HMO, PPO, AHCCCS, KidsCare, Indemnización)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Si es posible favor de incluir una fotocopia de la tarjeta(s) de aseguranza					
Nombre del Asegurado en la Póliza		Fecha de Nacimiento		Nombre del Asegurado en la Póliza	
				Fecha de Nacimiento	
Compañía de Aseguranza Primaria			Compañía de Aseguranza Secundaria		
Dirección donde se Envía el Cobro			Dirección donde se Envía el Cobro		
Número de Teléfono			Número de Teléfono		
Número de Plan/Póliza	Número de ID	Nombre/Número del Grupo	Número de Plan/Póliza	Número de ID	Nombre/Número del Grupo
Código de Elegibilidad		Fecha de Vencimiento	Código de Elegibilidad		Fecha de Vencimiento
I.D. de AHCCCS	Número del Plan de AHCCCS	Para uso de CRS- Código de Clave	I.D. de AHCCCS	Número del Plan de AHCCCS	Para uso de CRS- Código de Clave
Tipo/s de Cobertura: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Farmacia			Tipo/s de Cobertura <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Farmacia		
Recibe el niño/a servicios de:					
<input type="checkbox"/> Subvención de Adopción		<input type="checkbox"/> CMDP	<input type="checkbox"/> DDD		<input type="checkbox"/> SSI
<input type="checkbox"/> Otra Agencia (Favor de especificar)					
Comentarios:					

Ingreso Total del Hogar: _____

Firma de la Persona Responsable _____ Fecha _____